

Al Sindaco del Comune di Subbiano  
Ufficio Servizi demografici

## DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO SALMA PER LA CREMAZIONE

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A***(sempre necessario)*

Cognome	Nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita	Sesso (M/F) - ▼
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo residenza			N. civico	CAP
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)		Telefono fisso / cellulare	

### CHIEDE

<input type="checkbox"/>	il rilascio dell'autorizzazione al trasporto della salma della persona sotto indicata
--------------------------	---

Cognome	Nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita	Sesso (M/F) - ▼
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo residenza			N. civico	CAP
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)		Telefono fisso / cellulare	

<b>Dati decesso</b>			
Comune	Provincia	Stato	Cap
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)			Data decesso

<b>Atto di morte</b>			
Numero	Anno	Parte	Serie

da effettuarsi:

<input type="checkbox"/>	dal Comune di	al Comune di	per le esequie
<input type="checkbox"/>	dal Comune di ed il successivo trasporto delle ceneri nel Comune di	al Comune di	per la cremazione

**Incaricato del trasporto**

Nome e cognome

**DICHIARA** di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento**Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni****ALLEGATI**

Allegato

 Altri allegati

Inserire una breve descrizione dell'allegato...

Richiedente